Z kliniki okulistycznéj Prof. Rydla w Krakowie.

Prosty sposób usuwania kontraktur bliznowatych po sparzeniach spojówki gałkowéj.

Napisał
Dr. Franciszek Sroczyński,
asystent kliniki.

Operacyje plastyczne spojówki celem zastąpienia bliznowatych zrostów, jakie pociągają za sobą sparzenia żrącemi lub gorącemi płynami, stanowią do dziś dnia jeszcze piętę Achillesową okulistyki operacyjnéj. Co prawda, znajduje się tu okulista wobec nierównie trudniejszych warunków, niż w przypadkach plastyki powiek, gdzie obfitość materyjału dozwala nawet na swobodny wybór z pośród metod przesadzających się w elegancyi i kosmetyce. Tu przeciwnie zdani jesteśmy na skąpą spojówkę gałki, o ile jéj jeszcze zostało po sparzeniu lub na niepewne i żmudne przeszczepianie skrawków spojówki zwierzęcéj, błony śluzowéj pochwy lub warg, zajęcie, wystawiające na ciężką próbę cierpliwość operatora wobec trudności ustalenia owych skrawków na ruchomych powiekach, czy gałce ocznéj. Wprawdzie usiłowania Tealego i Knappa umożliwiły dziś pokusić się nawet o usunięcie *symblepharon totale*, dawnego *noli me tan-*

gere okulistów za pomocą przeszczepiania płatów szypułkowatych z utrzymanéj części spojówki gałkowéj, jeżeli jednak uwzględnimy, że dzieje się to tylko kosztem upośledzenia ruchomości gałki w innym kierunku, zrozumiemy łatwo, że sposoby te dadzą się tam tylko zastosować, gdzie wobec znacznego zbliznowacenia spojówki, lub wielkiego upośledzenia wzroku z góry rezygnujemy z możliwości przywrócenia prawidłowéj ruchomości gałki i co zatem idzie, prawidłowego, pojedynczego widzenia.

Są natomiast przypadki oparzeń spojówki nie prowadzących do zrostu powiek z gałką w ścisłem słowa znaczeniu, ale tylko do wytworzenia się taśmy bliznowatéj, ciągnącéj od rogówki ku załamkowi (*fornix*), czego następstwem jest upośledzenie mechaniczne ruchomości gałki w kierunku przeciwnym i co za tem idzie, dwuwidzenie. Postaci takie wydarzać się muszą tam, gdzie sparzenie ogranicza się do spojówki gałkowéj w obrębie wolnéj szpary powiekowéj. Chcieć w podobnym przypadku zastąpić bliznowatą taśmę przez plastykę za pomocą przemieszczenia z innéj części spojówki gałkowéj, znaczyłoby w razie udania się plastyki zmienić tylko kierunek ciągnienia gałki na inny, w razie zaś nieprzyjęcia się płatu narazić chorego na większe jeszcze upośledzenie ruchomości oka i dwuwidzenie na większéj przestrzeni pola patrzenia.

W przypadku tego rodzaju udało mi się za pomocą nader prostego zabiegu obejść potrzebę plastyki z doskonałym wynikiem. W. D., walcownik z Huty Bankowéj, doznał w pierwszych dniach kwietnia b. r. sparzenia rogówki i spojówki lewego oka odpryskiem na wpół roztopionéj „szlaki“ żelaznéj. Stwierdziwszy powierzchowne oparzenie rogówki przy dolno zewnętrznym brzegu i spojówki gałkowéj w obrębie zewnętrznéj połowy szpary powiekowéj, zaleciłem atropin, jodoform i okłady lodowe. Dnia 22 czerwca b. r. zgłosił się pacyjent ponownie do kliniki, żaląc się na zawrót głowy i dwuwidzenie zmuszające go do ciągłego zasłaniania oka chorego. Badanie przedmiotowe wykazało: oko lewe w lekkiéj abdukcyi i zarazem nieco ku dołowi skręcone. W miej-

scu dawnego sparzenia na spojówce gałkowéj blizna w postaci taśmy napiętéj, zajmująca przybrzeżną część dolno-zewnętrznéj ćwierci rogówki pasmem 8—10 mm. szerokiem i ztąd rozszerzając się stopniowo ciągnąca ku dołowi zewnątrz, gdzie się gubi szeroką podstawą w fałdzie spojówki zewnętrznego kącika powiek. Ruchomość gałki odpowiednio temu upośledzona w kierunku ku górze wewnątrz tak, że przy największéj addukcyi brzeg nosowy rogówki styka się zaledwie z liniją łączącą oba punkty łzowe. Badanie widzenia obuocznego wykazuje widzenie zdwojone już przy patrzeniu na wprost nawet w większych odległościach, przyczem obrazek oka chorego (lewego) leży po stronie prawéj i wyżéj. Odległość obrazków w odległości 2 m. ocenia chory na 50 cm. W celu usunięcia przykrego dwuwidzenia, które czyniło chorego niezdolnym do pracy zaproponowałem mu operacyję, na którą tenże chętnie się zgodził.

Dnia 22/6 b. r. wykonałem zabieg w następujący sposób: po znieczuleniu spojówki kokainą i obmyciu oka roztworem sublimatu 1:5000 przeciąłem nożykiem grotowym, a częścią nożyczkami postronek bliznowaty w całéj szerokości aż do tkanki podspojówkowéj cięciem prostopadłem do kierunku największego napięcia w środku między brzegiem rogówki a kącikiem zewnętrznym powiek (patrz fig. 1 linija a b). Podminowawszy następnie po obu stronach jak niemniéj powyżéj i poniżéj końców cięcia spojówkę tak, aby zwolnić napięcie do prawidłowych granic ruchomości gałki, zeszyłem rankę w kierunku do cięcia prostopadłym — a więc punkt, a z punktem b, dodając jeszcze po 1 szwie po każdéj stronie tak, że w rezultacie ranka zeszyta przybrała kierunek do pasma bliznowatego równoległy. Z załączonéj fig. 2 widać, że kosztem zwę-

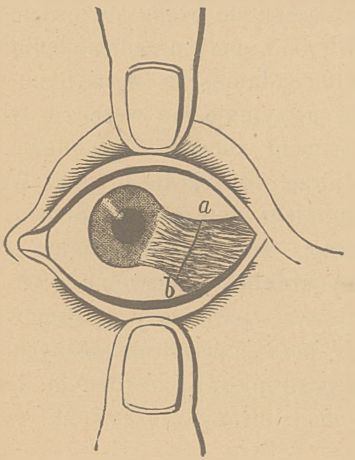


Fig. 1, linija a b.

żenia pasma bliznowatego zyskaliśmy na znacznem przedłużeniu całego postronka. Teoretycznie sądząc mogliśmy w ten sposób przedłużyć powięź bliznowatą o całą tejże szerokość t. j. 1 cm. w naszym przypadku. W rzeczywistości przedłużenie było takiem, że przy patrzeniu wprost można było widzieć zmarszczki poprzeczne do kierunku blizny. Nawiasowo dodaję, że zbliżenie szwami punktu *a* z punktem *b* po poprzedniem wydatnem podminowaniu spojówki dało się z łatwością uskutecznić. Badanie wyniku operacyi zaraz dokonane, wykazało we wszystkich kierunkach widzenie pojedyncze. Po 3 dniach ranka wydawała się już *per primam* zgojona, skutkiem czego usunąłem szwy dotąd ściśle trzymające.

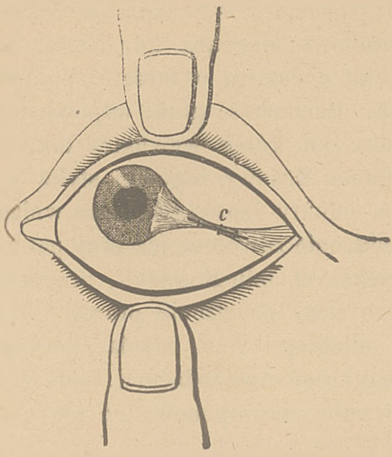


Fig. 2.

Z góry przygotowany na możliwość zmniejszenia się skutku operacyi w czasie zrastania się podminowanego postronka z tkanką podspojówkową, postanowiłem zatrzymać pacyjenta w obserwacyi i od czasu do czasu stwierdzić dalszy przebieg. Jakoż dnia 27/6 b. r. przy przedstawieniu chorego prof. Rydlowi wykazało badanie, że wprawdzie przy patrzeniu wprost i ku dołowi utrzymuje się wszędzie widzenie pojedyncze, ale przy mocnem zboczeniu płomienia stoczka ku prawej stronie i ku górze obrazek się zdwaja. Wobec dobrego zespojenia ranki usunąłem natychmiast opaskę dotąd stosowaną, przypuszczając, że unieruchomienie gałki wpłynęło głównie na to zmniejszenie się pierwotnego skutku. Zarazem postanowiłem zastósować parę razy postępowanie podane przez Michla przeciw porażeniu mięśni ocznych t. j. naciąganie gałki w kierunku postronkowi przeciwnym, a więc ku górze wewnątrz. Skutek spodziewany nie zawiódł, bo już

po 2 naciąganiach nawet przy największem wysunięciu przedmiotu ku górze i na prawo dwuwidzenia wykazać nie można było. Od tego czasu badałem chorego codziennie aż do dnia 3 lipca i zawsze mogłem stwierdzić utrzymywanie zupełnego rezultatu tak co do pojedynczego widzenia, jak należytego nastawiania oka przy próbie przez zastawianie oka. Dnia 2 lipca postronek przedstawiał się tak niemal jak w szematycznym rysunku fig. 2. Chory nad wyraz zadowolony z wyniku naglił z powodu stosunków służbowych do domu tak, że dnia 3 lipca b. r. musiałem go uwolnić z obserwacyi. Wobec blizny pooperacyjnéj jednak zupełnie już skonsolidowanéj nie wątpię, że wynik ten stale się utrzyma.

Daleki jestem od przeceniania wartości téj drobnéj operacyi, sądzę jednak, że w niejednym podobnym przypadku, mogącym nas nakłonić do trudnéj, a wskutku niedostatecznéj lub wprost nieudałéj plastyki możnaby dojść do celu tą łatwą, a tak prostą drogą.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1890. Nr. 30.

Kraków, 1890. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.